



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería

Caso Clínico:
Proceso Enfermero en Paciente
Post- operatorio Implante Valvular Aórtico

Tesina presentada para obtener el Diploma de:
Especialista en Cuidados Intensivos

Presenta:
LE. Gabriela Cozatl Dominguez

Septiembre, 2022.



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería

Caso Clínico:
Proceso Enfermero en Paciente
Post- operatorio Implante Valvular Aórtico

Tesina presentada para obtener el Diploma de:
Especialista en Cuidados Intensivos

Presenta:
LE. Gabriela Cozatl Dominguez

Director de Tesina:
ME. Alejandro Torres Reyes

Septiembre, 2022.

Tesina: Caso Clínico: Proceso Enfermero en Paciente Post- operatorio Implante Valvular Aórtico.

Número de registro: SIEP/CU/008/22.

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

ME. Alejandro Torres Reyes
Presidente

ME. Francisco Adrián Morales Castillo
Secretario

MCE. Adriana Rosalía González Hernández
Vocal

ME. Alejandro Torres Reyes
Director de Tesis

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y Estudios de
Posgrado

Contenido Temático

Contenido	Página
Introducción	1
Marco de referencia	3
Objetivo del Caso Clínico	4
Capítulo II	5
Metodología	6
Proceso de Enfermería	
Valoración en Enfermería	8
Valoración Cefalocaudal	10
Registro de Diagnósticos de Enfermería	12
Plan de Cuidados de Enfermería: Disminución del gasto cardiaco	14
Plan de Cuidados de Enfermería: Riesgo de Shock	17
Plan de Cuidados de Enfermería: Riesgo de caídas en adulto	19
Plan de Cuidados de Enfermería: Riesgo de lesión del tracto urinario	21
Plan de Cuidados de Enfermería: Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica	23
Plan de alta	25
Discusión	26
Conclusión	27

Referencias	28
Apéndices	
A. Consentimiento Informado	30
B. Instrumento de Valoración	31
C. Escala de RASS	42
D. Signo de Godet	43
E. Escala de Sedación y Agitación	44
F. Escala de Glasgow	45
G. Escala de Ramsay	46
H. Escala de Braden	47
I. Escala de Conducta Indicadores del Dolor	48
J. Algoritmo Cuidados de Paciente Post- operado Cardíaco	49

Resumen

Candidata para el Grado de	Enfermera Especialista intensivista
Fecha de Graduación	Agosto 2022
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de la Tesina	Caso Clínico: Proceso Enfermero en Paciente Post-operatorio Implante Valvular Aórtico.
Número de páginas	
Área de Estudio	Enfermería Intensivista

Introducción: La fiebre reumática aguda identificada como una enfermedad multiorgánica causada por una reacción autoinmunitaria a la infección por estreptococos del grupo A.

En esta resultan afectadas muchas partes del organismo, con el tiempo casi todas las manifestaciones desaparecen en su totalidad, sin embargo, la mayor excepción es la lesión de las válvulas cardíacas en la que podemos identificar a la estenosis aortica.

Objetivo: Diseñar un plan de cuidados en enfermería mediante un Proceso Enfermero en Paciente Post- operatorio Implante Valvular Aórtico para una recuperación exitosa y menos complicaciones posibles. **Metodología:** Se utilizó como herramienta metodológica que es el Proceso de Enfermería utilizando la Valoración en Enfermería basándonos en los 11 patrones funcionales de Maryori Gordon; también se utilizan las taxonómicas de la NANDA para los Diagnósticos en Enfermería, el NIC para las intervenciones de enfermería; además de la consulta de Guías de Práctica Clínica y artículos científicos, el NOC para la evaluación de estos.

Resultados: Se mostraron algunos patrones disfuncionales como el Patrón: Nutricional metabólico, Patrón: Eliminación, Patrón: Actividad ejercicio, Patrón Cognitivo Perceptual dentro de los cuales se identificaron los Diagnósticos de Enfermería como: Disminución del gasto cardíaco, Riesgo de Shock, Riesgo de Caídas en Adulto, Riesgo de Retraso en la Recuperación Quirúrgica, Riesgo de Lesión del Tracto Urinario.

Conclusión: Se obtuvo resultados favorables en relación con el conocimiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo, así como su manejo. Además, es importante tener apego terapéutico para la disminución de complicaciones. Por ello, el Proceso Enfermero de es mayor relevancia el cual nos permite identificar los cuidados que se le otorgaran al paciente de manera oportuna en base a evidencia científica.

Palabras Clave: Fiebre Reumática, Valvulopatía, Estenosis Aortica, Plan de cuidados

Firma del Director de Tesina: ME. Alejandro Torres Reyes

Capítulo I

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) refiere que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en el mundo y, según estimaciones, se cobran 17,9 millones de vidas cada año. Constituyendo un grupo de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos, que incluyen cardiopatías coronarias, enfermedades cerebrovasculares y cardiopatías reumáticas.

La cardiopatía reumática es una lesión de las válvulas cardiacas y el miocardio derivada de la inflamación y la deformación cicatrizal; es ocasionada por la fiebre reumática, de la respuesta anormal del organismo ante una infección con bacterias estreptocócicas (OMS, 2017; O'Gara, 2018).

A lo anterior, a nivel nacional en México las cardiopatías reumáticas de mayor prevalencia es la estenosis aórtica; por lo tanto, de acuerdo con un reporte del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCIC, 2021) de las diez principales causas de mortalidad de enero a marzo de 2021 reportando una tasa de incidencia de 3.57%.

La cardiopatía reumática es la complicación crónica más compleja de la fiebre reumática, representando daños valvulares del corazón y sus consecuencias físicas y psicológicas. El tratamiento definitivo es la cirugía, ya que el padecimiento en esta condición lleva al deterioro de la calidad de vida de estos pacientes (Soto Telémaco y Ramos, 2020).

La cirugía cardíaca es el tratamiento quirúrgico utilizado ante las patologías relacionadas con el corazón y la aorta, mismo se considera un procedimiento invasivo con múltiples complicaciones y aunque actualmente existen procedimientos menos invasivos esta no deja de ser practicada en los hospitales de alta especialidad.

La estenosis aortica es una frecuente anomalía valvular, que genera una obstrucción o limitación de la salida del flujo sanguíneo que va desde el ventrículo izquierdo hacia la aorta. Sin embargo, esta obstrucción también puede localizarse por encima o por debajo de la válvula llamándose estenosis supravalvular o subvalvular o puede deberse a una Miocardiopatía Hipertrófica (Vera Tovar, 2018).

La importancia de las intervenciones de enfermería, los cuidados otorgados al paciente post operatorio de implante valvular aórtico en UCIA son fundamentales para prevenir complicaciones ya que estos van dirigidos a su recuperación exitosa.

Marco de Referencia

La estenosis aortica en personas de edad avanzada generalmente se debe a la calcificación degenerativa de las valvas aórticas y aparece más a menudo sobre un sustrato de afectación congénita (válvula aórtica bicúspide) que puede decirse que dicho problema resulta desde el nacimiento, también se puede identificar un deterioro crónico (tricúspide) o inflamación reumática previa. Los datos de un estudio patológico de muestras obtenidas en el momento de reemplazo de la válvula aórtica a causa de estenosis aortica indicó que 53% de ellas eran bicúspides. (O Gara P. T., y Loscalzo J(2018))

La obstrucción del ventrículo izquierdo causada por estenosis de la válvula aumenta la presión sistólica del ventrículo izquierdo. También da como resultado un aumento del tiempo de eyección del ventrículo izquierdo, una disminución de la presión aórtica y un aumento de la presión diastólica del ventrículo izquierdo. El aumento de la poscarga, además de un aumento en la sobrecarga de volumen del ventrículo izquierdo, conduce a un aumento en la masa del ventrículo izquierdo, lo que en última instancia conduce a la disfunción y falla del ventrículo izquierdo. (Sai Harika Pujari ; Pradyumna Agasthi , 2022)

La estenosis aortica puede ser asintomática o puede causar síntomas como síncope, angina e insuficiencia cardíaca con una mortalidad del 50% a los 2 años después de la aparición de los síntomas. Según las directrices del Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón, la estenosis aortica se clasifica como

grave cuando el área del orificio es inferior a 1,0 cm, el gradiente medio es superior a 40 mmHg o la velocidad del chorro es superior a 4 m/ s. El pronóstico es malo en casos sintomáticos o graves a menos que se reemplace la válvula. (Rajput, F. A., & Zeltser, R. 2021)

Objetivo

Elaborar un plan de cuidado en enfermería para ofrecer atención oportuna, de calidad y eficiente a pacientes post operados de implante valvular aórtico dirigido a los cuidados recibidos en la unidad de cuidados intensivos.

Capítulo II

Proceso de Enfermería

I. Valoración Inicial

a. Datos Generales

C. C. MG. Paciente femenino de 68 años residente de la ciudad de Puebla, escolaridad primaria, de ocupación ama de casa, profesora religión católica. Actualmente no desempeña ninguna actividad económica.

b. Observación del Entorno

Se realiza la valoración de unidad al ingreso del servicio de terapia intensiva cama 9 misma que cuenta con equipo biomédico necesario e indispensable para una atención adecuada, con buena iluminación y ventilación, con temperatura adecuada. Para el ingreso al área el equipo de salud debe llevar a cabo las precauciones universales y el uso obligatorio de equipo de protección personal.

c. Datos Históricos

Paciente femenino de la sexta década de vida, inicia padecimiento en junio del 2021 con presencia de lipotimia y mareos por lo cual acude a UMF donde se envía a Otorrinolaringología donde se decide envió a medicina interna, pero por tiempos de espera prolongados acude a valoración de cardiología privada quien evidencia alteración cardiaca e inicia protocolo con evidencia clínica y confirmación ecocardiográfica de estenosis aortica por lo que se envía a UMF para iniciar protocolo de valvulopatía, el día 27 de enero del 2022 se refiere nuevamente a esta unidad UMAE al servicio de

cardiología donde se decide ingreso para completar protocolo diagnostico/tratamiento se ingresa a piso asintomático cardiovascular. En la valoración los factores de riesgo que se pudieron identificar fueron: Hipertensión arterial sistémica, Diabetes mellitus tipo 2, sobrepeso, sedentarismo, menopausia

d. Datos Actuales

Ingresa al servicio de unidad de cuidados intensivos adulto el día 08 de febrero de 2022 PO de implante valvular aórtico, bajo efectos de sedación y relajación (apéndice C), se monitoriza gasto cardiaco, presión arterial invasiva, se reporta con cánula orotraqueal 7.5 fijada en comisura labial, sonda vesical, catéter central 3 lumen, línea arterial en miembro superior derecho, sonda mediastinal drenando hemático con succión continua, con peso de 77 kg, talla 158 m, SC 1.4

II. Entrevista por Patrones Funcionales de Salud

1. Patrón percepción-manejo de salud.

Paciente con obesidad grado 1, toxicomanías negadas, ingresa al servicio de unidad de cuidados intensivos adulto el día 08 de febrero de 2022 con sonda mediastinal drenado hemático succión continua y sonda vesical con hematuria, herida quirúrgica cubierta limpia., de acuerdo al expediente clínico y anamnesis al familiar, refiere no consumir ningún tipo de drogas, realización de histerectomía hace 18 años sin transfusiones ni complicaciones aparentes, presenta enfermedades crónico degenerativas hipertensión arterial de 15 años de evolución en tratamiento y diabetes mellitus tipo 2.

2. Patrón nutricional-metabólico.

Paciente con obesidad grado 1, peso 77 kg, talla 158 m, SC 1.4, IMC 30.8 en ayuno por indicación médica y post procedimiento quirúrgico, manejo estricto de control de líquidos, presencia de edema generalizado anasarca (apéndice D), temperatura de 35 °C, presenta glicemia capilar 201mg/dl reportándose por encima de los rangos normales., se encuentra con tegumentos ligeramente cianóticos, mucosas semihidratadas e integras con llenado capilar retardado, a la palpación se encuentra con piel fría al tacto.

Terapia de infusión:

Infusión	Velocidad	Inicio
Sol. Hartmann 1000ml	60 ml/hora	14:00 horas
8 mg Norepinefrina en 100 ml de Sol. Salina 0.9%	4 ml/hora (0.05 mcg/kg/min)	14:00 horas
400 mg Dexmetomidina en 100 ml de sol. salina 0.9%	DR	14:00 horas
300mg de Tramadol en 100 ml de Sol. salina	4 ml/hora	14:00 horas
40 UI vasopresina en 100 ml Sol. Glucosada 5%	DR	14:00 horas

Fármacos prescritos:

Medicamento	Frecuencia	Horario
Ceftriaxona 1gr IV	Cada 12 horas	
Furosemida 20mg IV	Cada 12 horas	
Enoxaparina 60mg SC	Cada 24 horas	
Metformina 500mg VO	Cada 8 horas	
Metoprolol 25mg VO	Cada 12 horas	
Paracetamol 500mg VO	Cada 8 horas	
Fluconazol 200 mg IV	Cada 12 horas	
Paracetamol 1gr PSNG	Cada 8 horas	

3. Patrón eliminación.

Paciente con sonda vesical instalada no. 16 Fr en su día 0 de instalación sin presencia de secreción, funcional con cistoflo con hematuria, fijada en cara interna del muslo derecho, evacuaciones ausentes durante 24 horas.

4. Patrón actividad- ejercicio.

Paciente en posición decúbito supino a 30 grados bajo efectos de sedación y relajación, con apoyo ventilatorio fase tres por cánula orotraqueal numero 7.5 con fijación segura a 24 cm a nivel de la comisura labial derecha con 25 mmHg de neumotaponamiento del globo, en modalidad Asisto/ Control, con un Fio2 al 50 % y una frecuencia respiratoria de 18 por minuto, PEEP 6 y con una saturación de oxígeno de 98% valorada con oxímetro de pulso., el riesgo de presentar lesión por presión se considera alto con un puntaje a la valoración de 13 puntos. (apéndice H)

En la gasometría arterial se reporta: pH 7.20, PCO₂ 40 mm Hg, SO₂ 61 mm Hg, Lactato 3.0 mmol/l, HCO₃ 15.6 mmol/L, SO₂ 99 %. Interpretación: Acidosis Metabólica

5. *Patrón sueño-descanso.*

No valorado por efectos de medicación

6. *Patrón cognitivo-perceptual.*

Paciente bajo apoyo de benzodiacepina con infusión con dexmedetomidina 400 mcg + 100 ml de solución salina al 0.9% para pasar a dosis respuesta, con un puntaje en la escala de Glasgow de 3 (apéndice F), pupilas isométricas, con reflejo fotomotor presente con un diámetro pupilar derecho 2mm e izquierdo 2 mm, sin presencia de dolor en la escala de sedación y agitación en 1 (apéndice E), presenta ausencia de reflejos osteotendinosos profundos. Se valora el nivel de sedación obteniendo los siguientes resultados: con escala de RASS -4, -5, (apéndice C) Ramsay 6 (apéndice G)

7. *Patrón auto percepción-autoconcepto.*

No valorado por efectos de medicación

8. *Patrón rol-relaciones.*

Vive con su hija de 38 años soltera con licenciatura de odontología, tiene un hijo de 8 años y cursa el tercer grado de primaria, la relación es buena.

9. *Patrón sexualidad-reproducción.*

Sin alteraciones, paciente viuda

10. *Patrón adaptación-tolerancia al estrés.*

No valorable por medicación

11. Patrón valores-creencias.

Profesa religión católica

III. Valoración Céfalocaudal

Cabeza: Normoencefálico, sin datos de lesiones, ligera descamación en cuero cabelludo simetría facial y craneal, pupilas isocóricas, isométricas con adecuada respuesta a estímulos luminosos, reflejo de tallos presentes, sin alteración en los pares craneales

Cuello: Cilindro, simétrico, presencia de pulsos carotídeos simétricos, palpación de la glándula tiroides, sin presencia de nódulos.

Tórax: simétrico, adecuada expansión, respiraciones espontáneas por apoyo ventilatorio, a la inspección buena entrada y salida de aire, herida quirúrgica cubierta limpia, sonda mediastinal drenando hemático conectada a succión continua, en campos pulmonares sin presencia de estertores, ruidos cardíacos rítmicos en buen tono e intensidad, gasto cardíaco de 3.6 L, disfunción sistólica moderada.

Abdomen: blando, depresible, sin presencia de dolor a la palpación, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente.

Extremidades: Integras, simétricas, con buen tono muscular edema de con signo de Godet (+++) (apéndice D), llenado capilar de 3 segundos, frialdad al tacto, presencia de cianosis a nivel periférico

IV. Resultados Auxiliares de Diagnóstico

Laboratorios al ingreso a unidad de cuidados intensivos adulto:

Laboratorio	Resultado	Resultado
Biometría Hemática	Leucocitos	28.7 $10^3/\mu\text{L}$
	Neutrófilos	65 %
	Hemoglobina	13.4 gr/dL

Química sanguínea	Hematocrito	40.7%
	Glucosa	242 mg/dL
	Urea	33.5 mg/dL
	Nitrógeno ureico	33.2 mg/dL
	Creatinina	0.7 mg/dL
Electrolitos Séricos	Na+	140 mEq/L
	K+	3.9 mEq/L
	Cl-	110 mEq/L
Coagulación	Tiempo de Protombina	16.8 seg
	Testigo	11.50 seg
	Tiempo parcial de	37.6 seg
	Protombina	
	Fibrinógeno	351 mg/dl

En la gasometría arterial se reporta: pH 7.20, PCO₂ 40 mm Hg, SO₂ 61 mm Hg,

Lactato 3.0 mmol/l, HCO₃ 15.6 mmol/L, SO₂ 99 %. Interpretación: Acidosis

Metabólica

V. Identificación de Patrones Funcionales.

- En el caso clínico del paciente post operado de implante valvular aórtico se identifican los siguientes Patrones Disfuncionales de Salud en la SRA. C. C. MG: Patrón: Nutricional metabólico, Patrón: Eliminación, Patrón: Actividad ejercicio, Patrón Cognitivo Perceptual. Obteniendo los siguientes diagnósticos de enfermería.

Registro de Diagnósticos de Enfermería

Dominio: 4 Actividad/reposo.

Clase: 4 respuesta cardiovascular /pulmonar.

Diagnóstico de Enfermería 1: **Disminución del gasto cardiaco** *relacionado con* alteración de la frecuencia cardiaca *evidenciado por* taquicardia, cambios en el electrocardiograma, presión arterial alterada, llenado capilar prolongado, edema periférico.

Dominio 11: Seguridad Protección

Clase 2: Lesión Física

Diagnóstico de Enfermería 1: **Riesgo de Shock** *relacionado con* presión arterial inestable, sangrado presencia de hematuria, volumen de líquidos insuficiente, perdidas de líquido hemorrágicas.

Dominio 11: Seguridad Protección

Clase 2: Lesión Física

Diagnóstico de Enfermería: **Riesgo de caídas en adulto** relacionado con paciente bajo efectos de sedación, disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, deterioro de la movilidad física, superficie de la cama elevada.

Dominio 11: Seguridad Protección

Clase 2: Lesión Física

Diagnóstico de Enfermería: **Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica** relacionado con deterioro de la movilidad física, percepción de que requiere vigilancia estrecha, agentes lesivos

Dominio 11: Seguridad Protección

Clase 2: Lesión Física

Diagnóstico de Enfermería: **Riesgo de lesión del tracto urinario** relacionado con paciente con sondaje vesical, disfunción cognitiva.

Plan de Cuidados de Enfermería 1

Diagnóstico de Enfermería NANDA *	<p>Dominio: 4 Actividad/reposo</p> <p>Clase: 4 respuesta cardiovascular /pulmonar</p> <p>Disminución del gasto cardiaco <i>relaciona con</i> alteración de la frecuencia cardiaca <i>evidenciado por</i> taquicardia, cambios en el electrocardiograma, presión arterial alterada, llenado capilar prolongado, edema periférico</p>
Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica****	<p>Campo: 2 Fisiológico completo.</p> <p>Clase: N Control de la perfusión tisular.</p> <p>Intervención: Monitorización hemodinámica invasiva.</p> <p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la frecuencia y ritmos cardiacos. • Poner a cero y calibrar el equipo cada 4-12 horas con el transductor según corresponda. • Monitorizar la presión arterial (sistólica, diastólica y media), presión venosa central, presión de arteria pulmonar (sistólica, diastólica y media) y la presión capilar de enclavamiento de arteria pulmonar. • Obtener un electrocardiograma de 12 derivaciones mediante el electrocardiograma, verificando si existe alguna alteración. • Monitorizar las ondas hemodinámicas para ver si hay cambios de la función cardiovascular. • Comprobar los parámetros hemodinámicos con signos y síntomas clínicos. • Extraer muestras sanguíneas y analizar los electrolitos (potasio y el magnesio) ya que pueden provocar un aumento significativo de arritmias.

Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica***	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un equipo de monitorización de gasto cardiaco de sistema cerrado. • Obtener el gasto cardiaco mediante la administración de una solución inyectada en 4 segundos. • Monitorizar las ondas de la presión arteria pulmonar y arterial sistémica; si se observa una atenuación de la onda, comprobar si hay acodamientos o burbujas de aire en los tubos, verificar las conexiones, aspirar los coágulos de la punta del catéter, irrigar suavemente del sistema o ayudar a recolocar el catéter. • Documentar las ondas de presión de arteria pulmonar y arterial sistémica. • Observar si hay disnea, taquipnea y ortopnea. • Observar si se produce un avance de cualquier catéter que cause enclavamiento espontaneo, y notificárselo al médico. • Mantener sistema de presión cerrado en los puertos según corresponda. • Realizar cambios de vendajes estériles y cuidados del sitio de inserción con técnica adecuada. • Inspeccionar el sitio de inserción por si hubiera signos de hemorragia o infección. • Monitorizar los resultados de laboratorio para detectar alguna infección inducida por catéter. • Administrar líquidos y/o expansores de volumen para mantener los parámetros hemodinámicos dentro del rango especificado. • Administrar medicamentos que alivien/eviten el dolor como la isosorbida, clonixinato de lisina o paracetamol. • Monitorizar el estado neurológico del paciente mediante la escala de coma Glasgow. • Monitorizar la eficacia de la medicación, conocer la farmacodinamia y la farmacocinética del medicamento, para identificar su vida de acción y vida media. • Instruir al paciente y a la familia sobre la finalidad del tratamiento y el modo en el que se medirá harán los progresos. 					
Evaluación NOC***	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación		
	Efectividad de la bomba cardiaca	<ul style="list-style-type: none"> • Presión sanguínea sistólica (3) • Presión sanguínea diastólica (3) • Frecuencia cardiaca (3) • Pulsos periféricos (3) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.-Desviación grave del rango normal 2.-Desviación sustancial del rango normal 3.-Desviación moderadamente del rango normal 4.-Desviación leve del rango normal 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Puntuación Basal: Desviación moderadamente del rango normal (3)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Puntuación Diana: Siempre demostrado (5)</td> </tr> </table>	Puntuación Basal: Desviación moderadamente del rango normal (3)	Puntuación Diana: Siempre demostrado (5)
Puntuación Basal: Desviación moderadamente del rango normal (3)						
Puntuación Diana: Siempre demostrado (5)						

		<ul style="list-style-type: none"> • Presión venosa central (4) 	5.-sin Desviación grave del rango normal	Puntuación Cambio: 2
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>**** Guía de Práctica Clínica:</p>				

Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010) ,Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)

Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández

Plan de Cuidados de Enfermería 2

Diagnóstico de Enfermería NANDA *	<p>Dominio 11: Seguridad Protección</p> <p>Clase 2: Lesión Física</p> <p>Riesgo de Shock <i>relacionado con</i> sangrado activo sonda mediastinal presencia de sangrado, hematuria, volumen de líquidos insuficientes, pérdidas de líquidos</p>
Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica****	<p>Campo: Fisiológico Complejo</p> <p>Clase: Control de la perfusión tisular</p> <p>Intervención: Prevención de Hemorragias</p> <p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar la historia clínica del paciente para determinar factores de riesgo (cirugía) • Vigilar de cerca al paciente para detectar signos y síntomas de hemorragia interna y externa. • Monitorizar signos y síntomas de sangrado persistente (por ejemplo, hipotensión, pulso débil y rápido, piel fría y húmeda, respiración rápida, inquietud, disminución del gasto urinario) • Mantener control cuidadoso de administración de la medicación y la eliminación • Mantener acceso IV según corresponda • Controlar signos ortostáticos, incluida la presión arterial. • Proteger al paciente de traumatismos que puedan ocasionar hemorragias • Evitar administrar medicamentos que comprometan aún más los tiempos de coagulación (por ejemplo, heparina o medicamentos antiinflamatorios no esteroideos como aspirina) según corresponda. • Es de gran importancia la palpación de pulsos periféricos de forma comparativa ya que si se encuentra débil y rápido es debido a disminución del gasto cardíaco y de las venas yugulares ya que si estas aparecen colapsadas indican disminución del retorno venoso. • Se debe realizar la valoración de los pulsos de forma bilateral por separado y de forma comparativa para comprobar la equivalencia, el volumen del pulso se gradúa según la escala de 0 a +3 en donde un pulso no palpable es 0, un pulso débil y filiforme o levemente palpable 1, el pulso normal es +2 y un pulso lleno, saltón o hiperdinámico +3. • La valoración de la piel y mucosas otorgan información sobre la perfusión periférica, en la hipovolemia la piel está fría, pálida y húmeda debido a la constricción simpática de los vasos sanguíneos de la piel y a la estimulación simpática de la traspiración con un retardo en el relleno capilar.

	<ul style="list-style-type: none"> Se deben realizar estudios de coagulación (TTP, TP) y de HB y HTO seriados desde la llegada a la Unidad de Cuidados Intensivos y cuando estén disponibles los estudios de coagulación se iniciará la terapia de reposición teniendo en cuenta lo siguiente: con un sangrado activo el objetivo es mantener un hematocrito mayor de 26%, es necesaria la transfusión de plaquetas con un recuento $< 100,000/\mu\text{L}$, un tiempo de protombina (TP) o INR alargado requiere transfusión de plasma fresco congelado, crioprecipitados o Factor VII recombinante y se deben administrar dosis fraccionadas de protamina de 25-50 μg si el TTP está alargado, estos se encuentran disminuidos en el postoperatorio por el uso de la CEC, la disminución de los eritrocitos producirán disminución de hemoglobina y hematocrito lo que puede provocar trastornos de la oxigenación y se requiere la administración de concentrados eritrocitarios 			
Evaluación NOC***	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	Severidad de la pérdida de sangre	<ul style="list-style-type: none"> Pérdida de sangre visible Hematuria Palidez de piel y mucosas 	1.Desviación grave del rango normal 2.Desviación sustancial del rango normal 3.Desviación moderada del rango normal 4.Desviación leve del rango normal 5.Sin desviación del rango normal	Puntuación Basal: Desviación moderadamente del rango normal (3)
				Puntuación Diana: Siempre demostrado (5)
Puntuación Cambio:4				
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España. Guía de Práctica Clínica:</p>				

Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010) ,Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)

Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández

Plan de Cuidados de Enfermería 3

Diagnóstico de Enfermería NANDA *	Dominio 11: Seguridad Protección Clase 2: Lesión Física Riesgo de caídas en el adulto <i>relacionado con</i> paciente bajo efectos de sedación, disminución de la fuerza en las extremidades, deterioro de la movilidad física, superficie de la cama elevada			
Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica****	Campo: Seguridad Clase: Control de Riesgo Intervención: Prevención de caídas <i>Actividades:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar déficit cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. • Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado • Bloquear las ruedas de la cama o camilla en la transferencia del paciente • Colocar objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos • Instruir al paciente para que pida ayuda para moverse • Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad • Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas (hipotensión ortostática) • Mantener barandillas de la cama en posición elevada. 			
Evaluación NOC***	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	Control de Riesgo: Caídas	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica factores de riesgo para evitar caídas • Reconoce las posibles consecuencias de las caídas • Controla factores de riesgo de su entorno • Utiliza dispositivos de asistencia si es necesario para reducir el riesgo de caídas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. 	Puntuación Basal: Raramente demostrado. (2) Puntuación Diana: Siempre demostrado. (5) Puntuación Cambio: 3

*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.

**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.

***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.

***** Guía de Práctica Clínica:

Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)

Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordino: DCE. Francisco Javier Báez Hernández

Plan de Cuidados de Enfermería 4

Diagnóstico de Enfermería NANDA *	Dominio 11: Seguridad Protección Clase 2: Lesión Física Riesgo de lesión del tracto urinario <i>relacionado con</i> paciente con sondaje vesical, disfunción cognitiva			
Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica****	Campo: Fisiológico básico Clase: Control de la eliminación Intervención: Cuidados del catéter urinario <i>Actividades:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la indicación del catéter urinario permanente • Mantener una higiene de manos antes, durante y después de manipulación del catéter • Verificar que la bolsa de drenaje (cistoflo) se encuentre por debajo de la vejiga • Realizar cuidados rutinarios del meato urinario con agua y jabón durante el baño diario • Observar si hay distensión vesical • Limpiar la parte externa del catéter urinario a nivel del meato • Observar características del líquido drenado • Vaciar la bolsa de drenaje antes de cualquier traslado del paciente • Cambiar el catéter urinario con regularidad según indique el protocolo del centro, en este caso indicación medica 			
Evaluación NOC***	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Diuresis en 8 horas • Color de la orina • Hematuria 	1. Gravemente Comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Puntuación Basal: 3 Puntuación Diana:5 Puntuación Cambio:4

*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.
**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.
***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.
***** Guía de Práctica Clínica: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDA VESICAL en la mujer en los tres niveles de atención.

*Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010) ,Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)
Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

Plan de Cuidados de Enfermería 5

Diagnóstico de Enfermería NANDA *	Dominio 11: Seguridad Protección Clase 2: Lesión Física Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica <i>relacionado con</i> deterioro de la movilidad física, percepción de que requiere vigilancia estrecha, agentes lesivos			
Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica****	Campo: Fisiológico Complejo Clase: Control Neurológico Intervención: Monitorización neurológica Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar nivel de conciencia. • Monitorizar signos vitales (temperatura, respiración, presión arterial, pulso). • Comprobar el estado respiratorio (gasometría arterial, pulsioximetría, profundidad, patrón, frecuencia, esfuerzo). • Monitorizar parámetros invasivos según corresponda. • Observar si el paciente refiere cefalea. • Observar respuesta a los medicamentos. • Notificar al médico los cambios del estado del paciente. 			
Evaluación NOC***	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	Recuperación posterior al procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Vías aéreas permeables • Capacidad para deglutir • Responde a preguntas • Cantidad de drenado en el apósito 	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Puntuación Basal: 4 Puntuación Diana:5 Puntuación Cambio:3
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p>				

***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.

***** Guía de Práctica Clínica:

Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010) ,Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)
Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández

Plan de Alta

Paciente: C. C. MG

Edad: 68 años

Fecha de ingreso: 08 de febrero de 2022

Servicio/Contexto: UCIA/Cardiología

Diagnóstico médico: Post operatorio Implante Valvular Aórtico

Intervenciones de Enfermería

- Proporcionar información orientada a pacientes y familiares sobre la enfermedad e identificación oportuna de factores de riesgo.
- Informar al paciente respecto a que debe estar atento a signos de alarma como sangrado, derrames oculares, epistaxis, gingivorragia, hematemesis, hematuria, evacuaciones melénicas o con sangre fresca, petequias, equimosis o hematomas sin causas aparente. Igualmente, endocarditis protésica manifestada por fiebre, astenia, mialgias y artralgias u otros síntomas como pérdida de peso, escalofríos, náusea y diaforesis nocturna. En caso de presentarse alguno de estos, acudir inmediatamente al servicio de urgencias hospitalarias.
- Enseñanza de técnica de relajación para la disminución del estrés.
- Una dieta similar a la mediterránea, (realizada por el nutriólogo conforme a sus necesidades).
- Minimizar ingesta de grasas saturadas, disminución de sal, y así como las ventajas de tener ingesta de fibra, fruta y vegetales al día.
- Tratamiento continuo y estrecho en su medicación en casa.

Discusión

El corazón es el órgano principal de este sistema circulatorio, ya que bombea toda la sangre a todo el organismo para un adecuado funcionamiento y aporte de oxígeno para satisfacer las demandas de actividad, la homeostasis, entre otras funciones y permite realizar todas nuestras actividades internas y externamente del ser humano.

Cuando este órgano es afectado por alguna razón y el paciente ha sido sometido a una intervención quirúrgica el papel de enfermería es muy importante en los cuidados inmediatos ya que estos deben estar enfocados en una valoración continua identificando oportunamente los parámetros que orienten a detectar alteraciones propias del procedimiento y así poder garantizar la recuperación.

Los Cuidados Estandarizados suponen la organización de los cuidados enfermeros ante una patología o problema de salud en concreto, creándose un plan de actuación preestablecido basado en la evidencia científica, en la observación del comportamiento de los pacientes y en la experiencia profesional; y que refleja los diagnósticos de enfermería, objetivos y actividades que más frecuentemente se presentan en un perfil concreto, de forma que puede ser aplicado a todas las personas con ese perfil, adaptado a sus características individuales. Entre las ventajas y fortalezas, para los profesionales de enfermería, que aporta la utilización del PCE que reúne y reagrupa todas las funciones de enfermería (investigación, intervenciones de cuidados, conocimientos, docencia, Educación Para la Salud...) elevando a la categoría de ciencia lo que hasta ahora estaba en el mundo de lo doméstico. Además, se trata de una herramienta útil para optimizar la gestión del tiempo, recursos y cargas de trabajo, una vez se hallen protocolizados. Al paciente, le garantiza la continuidad de cuidados y calidad asistencial.

Conclusión

Los cuidados de enfermería, así como las acciones inmediatas para la atención del paciente críticamente enfermo son basadas en evidencia con el fin de estandarizar los cuidados para la satisfacción y recuperación de los pacientes, muchas de las patologías pueden ser prevenibles y desde ahí se denota el actuar de enfermería. El caso clínico mencionado de un paciente gravemente comprometido para la recuperación va más allá de una cirugía de éxito si no también la importancia de los cuidados de enfermería para ello se consultaron guías de práctica clínica y artículos relacionados con la patología los cuales estandarizan los cuidados mediante protocolos establecidos con el fin de evidenciar la importancia de una exitosa recuperación de implante valvular aórtico. Los artículos mencionados para la aplicación de intervenciones se consideraron ya que no existe guía de práctica clínica actualizada que pueda respaldar las intervenciones

Referencias

- Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCIC, 2021). Estadísticas. Diez principales causas de mortalidad de enero a marzo de 2021. Recuperado de https://www.cardiologia.org.mx/transparencia/transparencia_focalizada/estadisticas/
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). Enfermedades cardiovasculares. Datos y cifras. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022). Enfermedades cardiovasculares. Sinopsis. Recuperado de https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
- Soto Telemaco, M. E., & Ramos Gil, Á. A. (2020). Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cardiopatía reumática, luego de ser sometidos a tratamiento quirúrgico en la Asociación Instituto Dominicano de Cardiología: Hospital Escuela Dr. Héctor Mateo (AIDC), en el período 2018-2019 (Doctoral dissertation, Santo Domingo: Universidad Iberoamericana (UNIBE)).
- O'Gara P.T., & Loscalzo J (2018). Valvulopatía aórtica. Jameson J, & Fauci A.S., & Kasper D.L., & Hauser S.L., & Longo D.L., & Loscalzo J(Eds.), *Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e*. McGraw Hill. <https://accessmedicina.bibliotecabuap.elogim.com/content.aspx?bookid=2461§ionid=208260056>

Vera, G. E. H., Tovar, C. H. D., Díaz, T. D., Martín, A. V., González, L. G., & Piñero, Y. L. (2018). Estenosis aórtica basada en la evidencia. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 24(1).

Pujari, S. H., & Agasthi, P. (2022). Aortic Stenosis. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557628/>

Senst, B., Kumar, A., & Diaz, R. R. (2022). Cardiac Surgery. In StatPearls. StatPearls

Publishing. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532935/>

Rajput, F. A., & Zeltser, R. (2021). Aortic Valve Replacement. In StatPearls. StatPearls

Publishing. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537136/>

Apéndice A

Carta de consentimiento informado

Puebla Pue. a 08 de febrero del 2022

Declaro en forma libre y voluntaria, sin ninguna presión física o moral sobre mi persona, que he comprendido las explicaciones que se me han proporcionado del propósito que conlleva mi participación en el estudio “*proceso de enfermería*” que lleva como título “*paciente post operatorio de implante valvular aórtico*” el cual es llevado a cabo por el/la Licenciada/o en enfermería Gabriela Cozatl Dominguez estudiante de la especialidad en enfermería de cuidados intensivos con matrícula 221650049.

Además, declaro que se me informó previamente sobre el objetivo del estudio, el procedimiento y tiempo en que se realizará, resolviendo todas y cada una de mis dudas.

Se me ha comentado que tengo el derecho de desertar del estudio si así lo deseo en el momento que yo decida, sin ninguna repercusión de algún tipo. Se me ha informado que el estudio es sin fines de lucro y con fines académicos; es de manera voluntaria sin alguna remuneración económica para alguna de las partes; además, de que la información obtenida y proporcionada de mi persona solo se usará con fines de investigación y educación. Asimismo, estoy de acuerdo en conservar mi anonimato durante todo el estudio.

En caso de que yo requiera más información respecto al uso de la información o el estudio se me dijo que puedo comunicarme a la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con dirección en la 25 Poniente No. 1304 Col. Volcanes Puebla, Pue. Tel. (01-222) 229-55-00 Ext. 6521 y 5618 o bien con el director del proyecto _____ al número de celular _____

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Apéndice B

Guía de Valoración de Enfermería según Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon para Persona Adulta

Instrucciones:

1. Este instrumento contiene datos relacionados con el estado de salud necesarios para integrar la valoración del usuario adulto.
2. La guía se presenta organizada en cuatro secciones que al conjuntarse permiten obtener una visión completa del usuario. Las secciones son: I. Historia de Enfermería (Datos Subjetivos), II. Examen Físico (Datos Objetivos) III. Resultados de Exámenes de Laboratorio y Gabinete (Datos Objetivos de Fuentes Secundarias) y IV. Documentación.
3. La entrevista se llevará a cabo cuando el estado de salud del usuario lo permita, simultáneamente validar la información con los familiares y otros profesionales de la salud.
4. Si el usuario no está en condiciones de ser entrevistado debido a su estado de salud, esta guía podrá ser aplicada a alguna persona cercana al usuario como un familiar (fuente secundaria).
5. En esta guía aparece la frase: no procede deberá elegir esta opción cuando por las condiciones de salud del usuario, la característica de que se trate NO SEA VALORABLE.
6. Llenar los espacios con una X en los datos (objetivos y subjetivos) que se encuentren presentes en la valoración, ampliar o describir en aquellos que se requiere especificar
7. En cada patrón usar las escalas de valoración para validar la información obtenida.
8. Considerar los aspectos bioéticos en la valoración que incluyen: confidencialidad y consentimiento informado.

I. HISTORIA DE ENFERMERÍA (Datos subjetivos):

Fecha: _____ Hora: _____

Datos básicos de ingreso: Nombre: (siglas)____ Edad:_____ Fecha de nacimiento:____
 Sexo:___ Persona para contactar (siglas):_____ Procedente de (lugar de origen):_____
 Reside en (ciudad):_____ Domicilio (señalar geográficamente el punto)_____ Vive
 Solo:_____ Con familia:_____ Especificar:_____ Persona para
 contactar:_____ Llegada por su propio pie: si___ no___, motivo de hospitalización y/o
 solicitud de atención:_____ Fecha de ingreso previo al hospital _____
 Motivo:_____

Antecedentes Personales:

Patológicos y tratamientos recibidos (desde su infancia tanto médicos y/o quirúrgicos indicados)

No patológicos como: (Inmunizaciones, acontecimientos de importancia del nacimiento y/o su crecimiento)

Heredo familiares: de los padres, hermanos, abuelos, (sobre todo enfermedades padecidas y/o causas de defunción o relacionados con el motivo de su hospitalización o solicitud de atención de enfermería y especificar edades si hay defunciones)

Instrucciones: colocar en las líneas una X de acuerdo a los datos que se encuentren presentes en la valoración. Ampliar o describir en aquellos que requieren especificar.
Patrones de Salud:

1. Patrón de Mantenimiento y Percepción de la Salud

• Historia de su salud: Sano _____ regular _____ enfermizo _____
(especifique): _____ Cómo la percibe en éste momento: bien _____ regular _____ mal _____ especificar _____

• Hábitos de cuidado bucodental: 3 veces al día _____ 2 o menos _____ nunca _____

• Hábitos de higiene general: baño diario _____ cada tercer día _____ otros _____
(especifique) _____

• Cambio de ropa al bañarse _____ cambio de ropa sin baño _____ Lavado de manos: Sí _____ No _____ a _____ veces _____ ¿Cuándo? _____

• Ha consumido tabaco alguna vez en su vida: No _____ Sí _____ Fuma actualmente: : No _____ Si _____

Tiempo de consumo: _____ Cantidad (número de cigarrillos) al día: _____ a la semana _____, al mes _____ Lo dejo (fecha) _____

• Ha consumido bebidas con contenido alcohólico alguna vez en su vida: No _____ Si _____ Consume

alcohol actualmente: : No _____ Si _____ Tiempo de consumo: _____ tipo _____ cantidad al día, _____ a la semana _____, al mes _____ Lo dejo (fecha) _____

• Ha utilizado drogas alguna vez en la vida: No _____ Si _____ Consume drogas actualmente : No _____

Si _____ Tiempo de consumo: _____ tipo _____ cantidad al día _____ a la semana _____, al mes _____ Lo dejo (fecha) _____

• Presencia de alergias: : No _____ Si _____ especifique la causa: _____ tipo de reacción: _____

• Asistencia a revisión médica (aunque no se sienta enfermo): Sí _____ periodicidad _____

No _____ especifique motivos: _____

• Revisión dental: Sí _____ periodicidad _____ No _____ especifique

motivos:_____

- Realización de ejercicio: : No___ Si___ (especifique tipo y horas a la semana)_____
- Tratamientos que ha utilizado: médicos_____ remedios caseros___ Otro (especifique):_____ Actualmente utiliza alguno de estos (especifique):_____
- Conoce la causa de su hospitalización: No___ Sí___ (especifique cuál)_____
- Concluye con el tratamiento y/o recomendaciones médicas o de enfermería prescritas: Sí ___No___ Motivos:_____

Condiciones de la Vivienda

- Material de construcción: concreto__ lámina __ otros___ (especifique): _____ Usos (especifique) _____
 - Ventilación natural_____ artificial_____ No. de habitaciones_____
 - Iluminación: natural_____ artificial_____ otros (especifique)_____
 - Mobiliario acorde a las necesidades básicas. Sí___ No___ (especifique)_____
 - Disposición de excretas en vivienda. Sanitario a drenaje __fosa séptica __ letrina__ pozo negro__ otros_____
 - Ubicación del sanitario: afuera de vivienda No__ Sí__, distancia de la toma de agua o de la vivienda___ mts.
 - Aseo diario de la vivienda: : No___ Si___ (especifique frecuencia)_____
 - Presencia de vectores (moscas, cucarachas, roedores, etc.): No___ Sí___ (especifique)_____
 - Medidas de control de vectores: No___ Sí___ (especifique método y frecuencia)_____
-
- Convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda: No___ Sí___ (especifique)_____

2. Patrón Nutricional Metabólico.

- Uso de complementos o suplementos alimenticios (especifique)_____, número de comidas al día_____, menú día típico: (especificar tipo y cantidad):

Desayuno hora:	Comida hora:	Cena hora:	Entre horas

Desayuno hora:_____ Comida hora:_____ Cena hora: _____ Entre Horas

- Alimentos que desagradan:_____
- Ingesta de líquidos al día (especificar tipo y cantidad)_____
- Apetito: normal ___aumentado ___disminuido ___especifique _____

- Presencia de: náuseas _____ vómitos _____ otros _____
- Variaciones de peso en los últimos 6 meses: ninguno _____ aumentó _____ disminuyó _____ especifique _____ kg. ¿A qué lo atribuye? _____
- Dificultades para la deglución: ninguna _____ a sólidos _____ a líquidos _____ especifique _____
- Problemas en la piel y/o en la cicatrización: ninguno _____ anormal _____ (exantemas, sequedad, exceso de transpiración, etc.) especifique _____
- Cuero cabelludo y cabello, cambios: No _____ Si _____ especifique _____
- En uñas cambios: No _____ Si _____ especifique _____
- Referencia de dolor abdominal: No _____ Si _____ presencia de agruras _____ distensión _____ otras (especifique) _____

3. Patrón de Eliminación

- Hábitos de evacuación intestinal: frecuencia al día _____ fecha de última defecación _____ Describa características _____ utiliza algún apoyo (especificar) _____
- Presencia de estreñimiento _____ diarrea _____ hemorroides _____ sangrado _____ Incontinencia _____ flatulencia _____ ostomías: No _____ Si _____ tipo _____ Motivo: _____
- Hábitos de evacuación urinaria: Frecuencia aproximada al día: _____ Describa características _____ catéter urinario: No _____ Si _____ Fecha de instalación: _____
Refiere presencia de distensión vesical _____ dolor _____ ardor _____ prurito _____ retención _____ incontinencia _____ urgencia diurna _____ urgencia nocturna _____ fuerza y/o cambios en la continuidad de la emisión: : No _____ Si _____ especifique: _____ ostomías: No _____ Si _____ tipo _____ Motivo: _____
- Referencia de sudoración habitual y/o cambios en ella: Si _____ No _____ especifique _____

4. Patrón de Actividad y Ejercicio

- Referencia de cambios en función cardíaca al realizar actividades cotidianas: No _____ Si _____ especificar (palpitaciones, lipotimias, necesidad de detener la acción que realiza): _____
- Presencia de marcapaso: No _____ Si _____ Fecha de instalación: _____
- Ha sentido cambios en patrón respiratorio: No _____ Si _____ especificar (fatiga, disnea al caminar, al comer, al subir escalera, al estar acostado, y a qué distancia) _____
- Referencia de cambios en estado vascular periférico: No _____ Si _____ especifique (distensión venosa yugular, equimosis, hematomas, varicosidades, red venosa alterada, parestesias, edema de miembros inferiores, etc.) _____
- Referencia de cambios neuromusculares: No _____ Si _____ especifique (calambres, disminución de la sensibilidad, dolor, limitación del movimiento, antecedentes de fracturas, etc.) _____
- Dificultad para moverse: No _____ Si _____ especifique _____
- Que actividades realiza en los tiempos libres: recreativas _____ domésticas _____ especifique (salida, paseo, ver televisión, etc.) _____

• **ESCALA PARA VALORAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL:** Valorar capacidad funcional para la realización de actividades de autocuidado con los siguientes valores que al ser detectados marcará con una X en la casilla que corresponda:

0 = Independiente 1 = Con aparato auxiliar 2 = Ayuda de otros 3 = Ayuda de otros y equipo 4 = Dependiente/incapacitado

	0	1	2	3	4
Baño/Higiene					
Comer/beber					
Vestirse/arreglarse					
Evacuación	Intestinal				
	Vesical				
Caminar					
Limpieza/Arreglo del hogar					
Ir de compras					
Cocinar					
Subir escaleras					
Movilizarse en cama					
Trabajar					

5. Patrón de Sueño y Descanso

- Hábito: Número de horas de sueño nocturno__ horario de sueño____ Siesta: No____ Si____ Motivo:_____ especifique tiempo_____ Apoyo y/o rutina para dormir (medicamentos, música, luz, etc.) especifique_____
- Calidad del sueño: dificultad para conciliar el sueño No____ Si____ especifique_____ sueño interrumpido No____ Si____ especifique_____ Se siente descansado al iniciar el día: sí__ no__ especifique_____
- Referencia de cambios de humor(en relación al sueño)____ bostezos____ ojeras____ especifique _____

6. Patrón Cognitivo-Perceptivo

- Dificultad para oír: no____ sí____ especifique_____ presencia de zumbidos no____ sí____ Vértigo: no____ sí____ dolor No____ Sí____ ¿a qué se lo atribuye?_____ auxiliares auditivos _____ (especifique oído derecho o izquierdo Y tiempo de uso)_____
- Dificultad para ver no____ sí____ ceguera no____ sí____ especificar _____ prótesis no____ sí____ especificar_____ Auxiliares externos no____ sí____ especificar_____ (especifique tipo y derecho - izquierdo) _____ última revisión _____ tiempo de uso _____
- Problemas para distinguir olores no____ sí____ especificar _____
- Tiene dificultad al identificar los sabores (salado, agrio, amargo y dulce) no____ sí____ especificar _____
- Algún cambio en su memoria: no____ sí____ especificar _____

- Algún cambio en su concentración: no ___ sí ___ especificar _____
 - Algún cambio en la orientación: no ___ sí ___ especificar _____
 - Lenguaje hablado: cambios en el tono de la voz no ___ sí ___ especificar _____, cambios en la fluidez en el discurso: no ___ sí ___ especificar _____
 - Cambios en la sensibilidad (al tacto, frío, calor y/o dolor) Sí ___ No ___ especificar _____
 - Manera de aprender (leyendo, escuchando, con dibujos, etc.) especificar _____
- Nota: Sí se observa desorientado: reporte y considere "riesgos de lesiones o accidentes"

7. Patrón Autopercepción y Concepto de sí Mismo

- Descripción como persona: alegre ___ seria ___ temerosa ___ optimista ___ irritable ___ Otros (especificar) _____
- Como percibe su imagen corporal: positiva ___ negativa ___ en ambos casos especifique _____
- Conformidad con lo que es: No ___ Si ___ especifique _____
- Pérdida de interés por las cosas: No ___ Si ___ especifique _____
- Dificultad para tomar decisiones: No ___ Si ___ especifique _____
- Temor a pérdidas o renuncia a algo que le guste No ___ Si ___ especifique _____
- Pérdidas y/o cambios importantes en el último año: Sí ___ No ___ especifique _____
- Ha experimentado períodos de: desmotivación ___ apatía ___ depresión ___ adinamia ___ Ninguno de los anteriores ___ especifique tiempo y describa la situación: _____
- Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión: No ___ Si ___ (especifique) _____
- Qué le ayudaría a sentirse mejor en éste momento (especifique) _____

8. Patrón de Rol-relaciones

- Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Profesión y/u ocupación _____ situación actual: estudiante ___ empleado ___ desempleado ___ incapacidad ___ pensionado ___ jubilado ___ empleos temporales _____
 - Sistema de apoyo: cónyuge ___ familia ___ vive solo ___ vecinos ___ amigos _____
 - Conformación de Familia que vive en el hogar: No. de miembros _____
- Describir de mayor a menor, incluyendo al usuario

Nombre (iniciales)	Parentesco	Edad	Sexo	Ocupación

- Como considera la relación familiar: especifique _____
- Existe vínculo estrecho con algún miembro de su familia o persona externa a esta: (especifique) _____
- Papel que desempeña en la familia: dependiente ___ proveedor ___ cuidador principal ___
- Algún problema por el papel que desempeña No ___ Si ___ (especificar) _____ ingreso económico mensual aproximado _____

- Idioma/dialecto (especifique) _____ Dificultad para comunicarse: No ___ Si ___ (especifique con quién, y a qué lo atribuye) _____
- Pertenece algún grupo, asociación, club, etc. No ___ Si ___ especifique _____
- Referencia de amistad con vecinos: No ___ Si ___ especifique _____

9. Patrón de Sexualidad-Reproducción

- Tiene pareja sexual actualmente: No ___ Si ___ especifique _____ IVSA (edad): _____
- Expresa algún cambio en las respuestas sexuales: No ___ Si ___ especifique _____
- Menarquia (edad) _____ ciclo menstrual: regular ___ irregular ___ Duración y periodicidad _____
- Gesta ___ Partos ___ Abortos ___ Cesáreas ___ Embarazada actualmente No ___ Sí ___ especificar tiempo de embarazo y fecha probable de parto _____
- Satisfecho con el número de hijos procreados: Sí ___ No ___ especifique _____ No aplica _____
- Prácticas de autoexamen mamario mensual: Sí ___ No ___ Motivo: _____
- Mamografías: Sí ___ No ___ Motivo: _____ fecha de la última ___ Resultados _____ No aplica _____
- Examen cérvico-vaginal/prostático anual: Sí ___ No ___ Motivo: _____ fecha del último ___ Resultados _____
- Examen Testicular mensual: Sí ___ No ___ Motivo: _____ fecha del último y resultados _____ No aplica _____
- Presencia de flujos: No ___ Sí ___ características (color, olor, cantidad, etc.) _____
- Menopausia ___ Andropausia _____
- Prácticas de sexo seguro: Sí ___ No ___ (especifique uso de condón, una sola pareja, abstinencia total) _____ Uso de algún método de planificación familiar: Sí ___ No ___ especificar _____

10. Patrón de Afrontamiento-Tolerancia al Estrés

- Preocupaciones fundamentales en relación a: hospitalización y/o enfermedad _____ económicas ___ de autocuidado ___ de empleo _____ imagen corporal _____ especifique _____
- Formas en las que expresa el estrés: llanto ___ ira ___ molestias físicas ___ especifique ___
- Acciones que realiza para controlar el estrés o la ira: beber alcohol ___ fumar ___ comer ___ beber café ___ leer ___ medicamentos ___ especifique _____
- Frecuencia con la que presenta estas respuestas al estrés: 1-2 veces al mes ___ 1-2 veces a la semana ___ diariamente ___ Especifique a que lo atribuye: _____

11. Patrón de Valores y Creencias

- Prácticas de alguna religión: Sí ___ No ___ (especificar cuál) _____
- Existen restricciones por parte de su religión para seguir indicaciones médicas y/o de enfermería: Sí ___ No ___ cuáles _____
- ¿Tiene algún sistema de creencias que le proporcionen consuelo y fuerza? Sí ___ No ___ (especificar cuál) _____
- ¿Qué es lo que le da sentido a su vida? Especificar _____ Esto ha cambiado desde que está enfermo _____

- Siente preocupación acerca de morir Sí___ No___ especifique_____
- Solicitud de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital/domicilio: Sí___ No___ (especificar cuál)_____
- Valores morales más importantes (describa lo que considera más valioso en su vida)_____

II. EXAMEN FÍSICO (datos objetivos)

Aspecto General

- Edad aparente: igual___ mayor___ menor___ a la cronológica () años, complexión física: robusta___ media ___ delgada___; estatura: alta___ media___ baja___; aliñado: Si ___ No___; Facies: dolor___ angustia___ aprensión___ relajada _____ (otra, describa)_____; tes: morena___ morena clara___ clara___, orientado en tiempo, lugar, persona: si___ no___ actitud hacia la enfermedad, especifique_____
 - Estado de ánimo: decaído___ irritable___ euforia___ indiferente _____ (describa)_____
 - Estado de conciencia: alerta___ obnubilación___ somnolencia___ inconsciencia _____
- Responde a preguntas (colaborador) Sí___ No___ Postura adoptada: Libre___ erguida ___ semierguida ___ movimiento repetitivos_____ Otros (especifique)_____

1. Patrón Nutricional Metabólico

- Tipo de dieta actual durante la estancia hospitalaria_____ ayuno: No___ Sí___ No. de días _____ motivo _____ Temperatura corporal _____ °C. Peso___ kg. talla ___ IMC _____
- Piel (características):_____ presencia de heridas Qx. _____ (describir características) presencia de drenes No___ Sí_____(especificar tipo y condiciones de la piel circundante)_____ sondas _____ (especificar tipo y condiciones de la piel circundante)_____ otro tipo de lesiones (especificar)___ características _____ estado de uñas _____ Mucosas _____ Edema (áreas): Si___ No___ Godette: NO___ Sí (señalar sitio y profundidad)_____

FOVEA	+	++	+++
Profundidad	2mm	3mm	4mm

- Cabeza: Forma _____, tamaño _____, Simetría Sí___ No___, cuero cabelludo: Color _____ hidratación Si ___ No___ prurito Sí ___ No___ cicatrices sí___ no___ zonas dolorosas no___ Sí_____
- Cabello: cantidad, implantación, color, textura (especificar si hay alteraciones; protuberancias, hundimiento, heridas, escasez, desprendimiento etc.)_____
- Cara: Piel (describir características)_____ simetría Si___ No___ (especificar)_____ lesiones No___ Sí___ (especificar) _____ (par craneal V y VII)
- Labios: forma___ tamaño___ Mucosa bucofaringea íntegra Sí___ No___ color___ lesiones No___ Sí___ (especificar) _____ hidratación Sí___ No___ reflejo nauseoso (par craneal X) No___ Sí___ obstrucción___ presencia de cánulas, mascarillas, sondas (especificar) _____ disfagia (par craneal XII) _____ Piezas dentarias. Número _____ integridad Sí___ No___ (especificar piezas, sitio y tipo de alteración) _____ Higiene adecuada: Sí ___ No___ (especificar presencia de detritus, halitosis, etc.)_____ caries___ sarro___ placa dentobacteriana _____

- Cuello: Estado de la piel (características): _____ Masas: Sí ___ No ___ dolor: Sí ___ No ___ Desarrollo Muscular _____ (par craneal XI)
- Abdomen: forma plano ___ globoso ___ excavado ___ circunferencia abdominal _____ cm Simetría: Sí ___ No ___ Masas: Sí ___ No ___ dolor: Sí ___ No ___ Distensión: Sí ___ No ___ presencia de visceromegalia, ostomías, etc.) _____ Hallazgos a la percusión (especificar) _____ Ruidos peristálticos: Presentes _____ ausentes _____ disminuidos ___ aumentados _____
- Ingreso de líquidos en 24 horas. (especificar cantidad y vía) _____

Nota: Algunos datos podrán ser recolectados en valoración subsecuente y/o a partir de patrones que impliquen procesos vitales mientras se estabiliza la condición del usuario, así como la valoración de perímetros y para comparar valores normales consultar tabla de autores mexicanos y etapa de crecimiento.

2. Patrón de Eliminación

- Intestinal: frecuencia de defecaciones en 24 hrs _____ derivaciones intestinales No ___ Sí ___ (especificar) _____ características de las heces: normales Sí ___ No ___ (describir duras, semilíquidas, líquidas, con sangre, parásitos, cantidad, semipastosas, con dolor, etc., utilizar escala de Bristol) _____ Región perianal: íntegra ___ con lesiones _____ (describir hemorroides, fisuras) _____
- Urinario: orina frecuencia al día ___ características normales Sí ___ No ___ (describir; cantidad, sangre, color, turbiedad, fuerza y continuidad en la emisión) _____ derivaciones vesicales _____ Región Perineal: íntegra ___ con lesiones ___ (describir) _____
- Presencia de sondas u otros dispositivos: Sí ___ No ___ (describir tipo y estado de la región) _____
- Sudoración: alteraciones Sí ___ No ___ (describir tipo de alteración y sitios) _____
- Egresos de líquidos (por turno o 24 hrs. considerando todas las vías) _____ pérdidas insensibles _____ Nota: Especificar balance en caso de diálisis

3. Patrón Cognitivo-Perceptivo

- Pares craneales II, III, IV y V. Simetría de ojos Sí ___ No ___ (especificar) _____ integridad de párpados Sí ___ No ___ Conductos lagrimales permeables: Sí ___ No ___ sensibilidad de córnea Sí ___ No ___ (especificar) _____ pupilas: Tamaño _____ mm, reacción a la luz ___ a la acomodación _____ en ambos ojos ___ asimetría _____ Ceguera total ___ lesiones _____ (especificar si es en un ojo o en ambos). Agudeza visual con carta de Snellen a 6 mts. de distancia: (mencione cifras) ojo derecho ___ ojo izquierdo ___ ambos ojos _____
- Oído externo: Pabellón auricular, simetría _____ implantación _____ integridad _____ forma, proporción _____ alteraciones (especificar) _____ hiperemia, _____. Conducto auditivo (resultados de otoscopia): forma _____ tamaño ___ mucosa _____ presencia de vellosidades Sí ___ No ___ cerumen (color, cantidad, consistencia) _____ Obstrucción _____ tímpano (describir, características) _____. Par craneal VIII: audición intacta Sí ___ No ___ técnica: susurro ___ tic, tac ___ roce de dedos ___ (especificar distancia) _____ prueba de rinne weber (uso diapasón) describir resultados, _____

- Describir tipo, tamaño, volumen(proporción) de nariz _____ rinoscopia: (especifica color, hidratación integridad de mucosa nasal) _____ alineación de tabique nasal Sí___ No___ senos paranasales (técnica de transiluminación), _____ presencia de secreciones ___ dolor ___
- Par craneal I: Olfato intacto a la prueba del olor y reflejo de estornudo (jabón, café, tabaco y pluma de algodón) Sí___ No___ alteración especificar _____
- Par craneal IX y X: gusto: percepción de sabores básicos: acido, agrio, salado, dulce (describir resultados) _____ Tacto: sin alteración a la prueba de sensibilidad Si___ No___ (especificar) _____
- Prueba de tolerancia al dolor: describir sitio, tipo, estimar intensidad con escala analógica 0-10: (0 = tolerable, 10 = intolerable) _____
- Memoria: intacta___ alterada ___ especifique (hechos remotos, recientes, etc.) _____
- Orientación: Intacta___ alterada___ especifique (tiempo, lugar, persona) _____
- Escala de Glasgow: (describe la puntuación identificada) _____, no aplica _____
- Nivel de sedación: escala de Ramsay (describe la puntuación identificada) ___, no aplica _____

4. Patrón Actividad – Ejercicio

- Tórax: forma _____ volumen _____ simetría _____ relación diámetros anteroposterior y transverso: alterado___ normal _____ estado respiratorio: tipo de respiración (especifique) _____ Frecuencia respiratoria ___ X' ritmo _____ amplitud _____ Movimientos respiratorios: Expansión torácica:(describir simetría, frémito) _____
 - Auscultación de campos pulmonares: ruidos respiratorios presentes (ruidos traqueales, vesiculares, broncovesiculares) normales. _____ anormales _____ (sibilancias, estertores, estridor, roncus, otros) _____ Tos: Sí___ No___ especificar características _____ características de esputo _____
 - Presencia de apoyo ventilatorio: No _____ Si _____ (especificar tipo y parámetros) _____ oxígeno suplementario (Especificar tipo y dosis) _____ SO₂ _____ % presencia de traqueostomía Si _____ No _____ signos de insuficiencia respiratoria: disociación toracoabdominal ___ aleteo nasal ___ disnea ___ cianosis ___ tiros intercostales ___ retracción xifoidea ___
 - Medición signos vitales: Método invasivo ___ no invasivo ___ Frecuencia cardíaca _____, pulso(describir características) _____ Tensión arterial _____ mm/hg PVC _____
 - Ruidos cardíacos. Calidad: Claros y bien diferenciados ___ Apagados y difusos ___ Soplos _____ Frecuencia: Igual al periférico Sí _____ No _____ Ritmo: Regular y uniforme Sí _____ No _____
 - Estado vascular periférico: pulsos: (describir ritmo, frecuencia comparada con su homólogo) _____ varicosidades Sí___ No___ (especificar región, extensión, coloración y temperatura local) _____ Llenado capilar _____ (<3”).
 - Catéter vascular ___ (tipo, sitio, características, fecha de instalación y última curación) _____
-
- Musculo esquelético: Capacidad de movilización: completa ___ incompleta _____ nula ___ (describir de acuerdo a arcos de movimientos en articulaciones) _____
 - Marcha: estable ___ Inestable ___ especificar _____ (utilizar prueba de

Romberg sí es necesario). Se apoya con aditamentos: Si____ No____(especificar muletas, andadera, bastón, pasamanos) _____

- Fuerza en manos: simétrica__ asimétrica ____ (describir en una escala de 0 al 5 donde el cero indica sin contracción muscular y el cinco arco de movimiento completo contra gravedad y resistencia fuerte),especificar _____ Fuerza en piernas: simétrica__ asimétrica____(describir en una escala de 0 al 5 donde el cero indica sin contracción muscular y el cinco arco de movimiento completo contra gravedad y resistencia fuerte),especificar _____
- Reflejos osteotendinosos: Bicipital Presente____ Ausente__ Rotuliano Presente ____ Ausente__ Aquiliano Presente _____ Ausente _____ Otros _____ describir en cada uno, respuesta al estímulo con percusión (martillo de reflejos)
- Ausencia de Miembro____ total____ parcial____ (especificar región y tipo)_____ Parálisis:_____ especificar (lugar y magnitud)_____ riesgo de lesiones en sitios de presión (describir, tipo y magnitud valorando desde occipucio hasta talón de Aquiles, usar escala de Braden o Norton) _____
- Riesgo de caídas _____

5. Patrón de Sexualidad-Reproducción

- Integridad de genitales externos Sí____ No____ (especificar; lesiones episiorragia, circuncisión, fimosis, flujos, sangrados, olor, características morfológicas) _____
- Reflejo cremasteriano Si__ No__ No aplica _____
- Mamas: Forma_____ simetría_____ tipo_____ características de la piel_____ tumoraciones: No____ Si__ describir sitio y características _____ galactorrea _____ Cadena ganglionar palpable: Sí____ No____
- Dolor: Sí____ No____ Nivel____ (usar escala convenida y codificar del 0-10)

Apéndice C

Escala RASS		
-5	No despertarle	No responde a estímulos físicos
-4	Sedación profunda	Se mueve o abre los ojos a estimulación física no a la voz
-3	Sedación moderada	Movimientos de apertura ocular a la voz, no dirige mirada
-2	Sedación ligera	Despierta a la voz, mantiene contacto visual menos de 10 segundos
-1	Somnolencia	No completamente alerta, se mantiene despierto más de 10 segundos
0	Despierto y tranquilo	
1	Inquieto	Ansioso sin movimientos desordenados, agresivo ni violento
2	Agitado	Se mueve de forma desordenada, lucha con el respirador
3	Muy agitado	Agresivo se intenta arrancar tubos y catéteres
4	Combativo	Violento, representa un riesgo inmediato para el personal

Apéndice D

<i>Escala de Godet</i>			
<i>Grado</i>	Símbolo	Magnitud	Extensión
<i>Grado I</i>	+ /++++	Leve depresión, sin distorsión visible del contorno	Desaparición casi instantánea
<i>Grado II</i>	++ /++++	Depresión de hasta 4 mm	Desaparición en 15 segundos
<i>Grado III</i>	+++ /++++	Depresión de hasta 6 mm	Recuperación en 1 minuto
<i>Grado IV</i>	++++ /++++	Depresión profunda de hasta 1 cm	Persistencia de 2 a 5 minutos

Apéndice E

Escala de Sedación y Agitación SAAS		
7	Agitación peligrosa	Jala TOT, jalando catéteres, agresivo, se mueve de lado a lado
6	Muy agitado	No se calma a la orden verbal, requiere sujeción física, muerde el TOT
5	Agitado	Ansioso, moderadamente agitado, se tranquiliza con ordenes verbales
4	Tranquilo y cooperador	Tranquilo, despierta con facilidad obedece ordenes
3	Sedado	Despierta al estímulo verbal o táctil, responde ordenes
2	Muy sedado	Responde a estímulos, tiene movimientos espontáneos
1	Arreactivo	Nula respuesta, no obedece ordenes

Apéndice F

Escala de Glasgow					
RESPUESTA OCULAR					
Espontanea (4)	Orden verbal (3)		Al dolor (2)		Sin respuesta (1)
RESPUESTA VERBAL					
Orientado (5)	Desorientado (4)		Palabras inapropiadas (3)	Sonidos incomprensibles (2)	Sin respuesta (1)
RESPUESTA MOTORA					
Orden verbal (6)	Localiza el dolor (5)	Flexión/ retirada (4)	Flexión anormal Decorticación (3)	Extensión Descerebración (2)	Sin respuesta (1)

Apéndice G

Escala de Sedación RAMSAY	
1	Ansioso, agitado, incontrolable
2	Ojos abiertos, colaborador, orientado, tranquilo
3	Ojos cerrados, responde a órdenes y a mínimos estímulos
4	Dormido, responde rápidamente a estímulos lumínicos y auditivos
5	Responde a estímulos importantes (aspiración traqueal)
6	No responde a estímulos

Apéndice H

<i>Escala de Braden</i>				
<i>PERCEPCION SENSORIAL</i>	Completamente limitada (1)	Muy limitada (2)	Ligeramente limitada (3)	Sin limitaciones (4)
<i>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</i>	Constante humedad (1)	A menudo Humedad (2)	Ocasionalmente húmedo (3)	Raramente humedad (4)
<i>ACTIVIDAD</i>	Encamado (1)	En silla (2)	Deambula ocasionalmente (3)	Deambula frecuentemente (4)
<i>MOVILIDAD</i>	Completamente inmóvil (1)	Muy limitada (2)	Ligeramente limitada	Sin limitaciones (4)
<i>NUTRICIÓN</i>	Muy pobre (1)	Probablemente inadecuada (2)	adecuada	Excelente (4)
<i>ROCE Y PELIGROSO DE LESIONES</i>	Problema (1) requiere moderada y máxima asistencia	Problema potencial (2) Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia		No existe problema aparentemente (3)

Apéndice I

Escala de conducta e indicadores del dolor			
ESCID	0	1	2
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido/gesto de dolor	Ceño fruncido de forma habitual, dientes apretados
Tranquilidad	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales, inquietud y/o posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabaza o extremidades
Tono muscular	Normal	Aumento de la flexión de dedos de manos y/o pies	Rígido
Adaptación a ventilación mecánica	Tolera ventilación mecánica	Tose, pero tolera ventilación mecánica	Lucha con el respirador
Confortabilidad	Confortable, tranquilo	Se tranquiliza al tacto y/o a la voz Fácil de distraer	Difícil de controlar al tacto o hablándole

Apéndice J

